

<b>Arzt Daten (Praxisstempel)</b>	
Vorname / Name	Tel.
Praxis / Klinik	ZSR / GLN Nr.
Strasse / Nr.	Fax
PLZ / Ort	E-Mail
<b>Patientendaten (Patientenetikette)</b>	
Patientensprache <input type="checkbox"/> D <input type="checkbox"/> F <input type="checkbox"/> I	
Vorname / Name	Tel.
Strasse / Nr.	Krankenkasse
PLZ / Ort	Vers.-Nr.
Geburtsdatum	E-Mail
<input type="checkbox"/> <b>Hizentra</b> ® Inj Lös 1 g / 5 ml Durchstechfl 5 ml (1 Stk) _____ <b>Anzahl Packungen</b> <input type="checkbox"/> <b>Hizentra</b> ® Inj Lös 2 g / 10 ml Durchstechfl 10 ml (1 Stk) _____ <b>Anzahl Packungen</b> <input type="checkbox"/> <b>Hizentra</b> ® Inj Lös 4 g / 20 ml Durchstechfl 20 ml (1 Stk) _____ <b>Anzahl Packungen</b> <input type="checkbox"/> <b>Hizentra</b> ® Inj Lös 10 g / 50 ml Durchstechfl 50 ml (1 Stk) _____ <b>Anzahl Packungen</b>	
<b>Dosierung</b> _____	
<b>Zubehör</b>	<input type="checkbox"/> Infusionspumpe zur kontrollierten subkutanen Verabreichung von Immunglobulinen. <input type="checkbox"/> Folgende Materialien gehören zur Infusionstherapie: Medikamentenreservoir, Infusionsset, Desinfektionsmittel, Tupfer, Pflaster, Abwurfbehälter, Entnahnehilfe, Schutzhülle
<b>Rezept-Gültigkeit</b>	<input type="checkbox"/> Einzelrezept <input type="checkbox"/> Dauerrezept _____ Monate <input type="checkbox"/> Repetitionen _____
<b>Kostengutsprache</b>	<input type="checkbox"/> Wurde bereits eingeholt ( <i>bitte Kopie mitsenden</i> ) <input type="checkbox"/> Kostengutsprache soll durch MediService eingeholt werden: MediService übernimmt die Einreichung des Kostengutsprache gesuchs an die Krankenkasse. Bitte Indikation angeben: <input type="checkbox"/> Primärer Immundefekt <input type="checkbox"/> Sekundärer Immundefekt <input type="checkbox"/> Chronische inflammatorische demyelinisierende Polyneuropathie <input type="checkbox"/> Andere: _____
<b>Home Care Service</b> (inkl. Pumpenschulung)	<input type="checkbox"/> Der Arzt wünscht eine Therapiebegleitung durch das MediService Home Care Team, inkl. Instruktion des Patienten in die selbstständige Infusionstherapie Gewünschter Instruktionort: <input type="checkbox"/> Klinik oder Praxis <input type="checkbox"/> Patientenadresse Gewünschter Instruktionstermin: _____ Kalenderwoche Datum letzte i.v. Gabe: _____ (TT.MM.JJJJ) Angaben zu Patienten: Grösse: _____ cm    Gewicht: _____ kg
<b>Lieferadresse</b>	<input type="checkbox"/> obige Patientenadresse <input type="checkbox"/> obige Arztadresse <input type="checkbox"/> andere Lieferadresse (CH) <input type="checkbox"/> Spitalapotheke _____ _____ _____
Falls ein bestimmtes Lieferdatum gewünscht ist, bitte angeben. <span style="float: right;">Lieferung am: _____</span>	
<b>Wichtig</b> Die Ärztin / der Arzt bestätigt mit ihrer / seiner Unterschrift, dass die / der PatientIn der Rezeptübermittlung, Therapiebegleitung sowie dem Bezug über MediService zugestimmt hat und dass die Angaben des Arztes (ohne Patientennamen) zu statistischen Zwecken sowie im Falle von unerwünschten Ereignissen an den Medikamentenhersteller übermittelt werden können.	<b>Unterschrift des Arztes</b>
<b>Haben Sie das Rezept unterschrieben? Bitte das Rezept an <a href="mailto:contact@mediservice.ch">contact@mediservice.ch</a> oder via Fax an 032 686 20 30 senden.</b>	Datum, Stempel / Unterschrift